

Vaccination contre la COVID-19 pour la saison 2026-2027

AVIS SCIENTIFIQUE INTÉRIMAIRE – COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

AVRIL 2026

SOMMAIRE

Faits saillants	2
Contexte et objectifs	2
Fardeau de la COVID-19	3
Efficacité vaccinale	4
Coût-efficacité de la vaccination contre la COVID-19	5
Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19	6
Conformité avec les autres pays	7
Recommandations	7
Références	9

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Le présent avis scientifique intérimaire, élaboré à l'initiative du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), porte sur les recommandations de vaccination contre la COVID-19 pour l'automne 2026 et le printemps 2027.

Ce document s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de même qu'aux équipes de vaccination des établissements de santé.

FAITS SAILLANTS

Globalement, le fardeau de la COVID-19 apparaît toujours élevé. Les cas graves se concentrent chez les personnes de 75 ans et plus et chez les personnes de tous âges vivant avec une maladie chronique.

Pour la saison 2026-2027, le CIQ émet les mêmes recommandations de vaccination contre la COVID-19 que celles émises pour la saison 2025-2026 :

- Pour l'automne 2026, le CIQ recommande la vaccination contre la COVID-19 pour toutes les personnes de 75 ans et plus et pour les groupes à risque décrits antérieurement. La vaccination pourrait aussi être offerte aux personnes de 65-74 ans en bonne santé qui désirent réduire leur risque de contracter la COVID-19.
- Pour la 2^e dose du printemps 2027, le CIQ recommande toujours une vaccination plus ciblée visant les personnes résidant en CHSLD, en RPA ou dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables, les personnes âgées de 75 ans et plus dans la communauté et les personnes âgées de 6 mois ou plus immunodéprimées ou dialysées. Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, bien que les bénéfices attendus soient plus faibles, une dose de vaccin pourrait leur être offerte.
- Le CIQ recommande une harmonisation des critères d'âge et des milieux de vie pour la vaccination contre la COVID-19 et contre la grippe, avec une recommandation forte chez les personnes de 75 ans et plus et une offre de vaccination chez les personnes de 65 à 74 ans en bonne santé.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Depuis la campagne de vaccination contre la COVID-19 de l'automne 2023, le CIQ recommande spécifiquement la vaccination de certaines personnes plus à risque de COVID-19 grave. Dans le dernier avis du CIQ publié en mars 2025, la vaccination des groupes suivants a été recommandée pour l'automne 2025 :

- Personnes âgées de 75 ans et plus;
- Personnes résidant en CHSLD, en RPA ou dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables;
- Personnes âgées de 6 mois et plus immunodéprimées ou dialysées, ou vivant avec une condition chronique;
- Personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans une communauté éloignée et isolée;
- Personnes enceintes;
- Travailleurs et travailleuses de la santé.

Dans ce même avis scientifique, le CIQ a mentionné que la vaccination contre la COVID-19 pourrait aussi être offerte aux personnes de 65 à 74 ans en bonne santé désirant réduire leur risque de contracter la COVID-19. Le CIQ a également recommandé une harmonisation des critères d'âge pour la vaccination contre la COVID-19 et contre la grippe.

En ce qui concerne l'administration d'une deuxième dose de vaccin au printemps 2026, les groupes suivants, plus restreints, ont fait l'objet d'une recommandation de vaccination par le CIQ :

- Personnes âgées de 75 ans et plus;
- Personnes résidant en CHSLD, en RPA ou vivant dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables;
- Personnes âgées de 6 mois et plus immunodéprimées ou dialysées.

Le CIQ a par ailleurs mentionné que la vaccination contre la COVID-19 au printemps 2026 pourrait aussi être offerte aux personnes âgées de 65 à 74 ans, en particulier si elles vivent avec une maladie chronique ou si elles vivent dans une région éloignée et isolée.

Les recommandations formulées par le CIQ en mars 2025 couvraient uniquement une période allant jusqu'à la fin de la saison 2025-2026. Le présent avis scientifique vise à fournir des recommandations sur les groupes à cibler pour la vaccination contre la COVID-19 à l'automne 2026 et au printemps 2027. Pour ce faire, les données les plus récentes sur l'épidémiologie de la COVID-19 sont résumées. Une revue sommaire de la littérature a été réalisée depuis la parution du dernier avis du CIQ en mars 2025. Peu de changements ont été notés dans la littérature depuis le dernier avis. La vaccination contre la grippe ou contre le virus respiratoire syncytial est discutée dans des avis distincts.

FARDEAU DE LA COVID-19

Pour la saison 2024-2025, tout comme en 2023-2024, la circulation de la COVID-19 a commencé à augmenter durant l'été pour devenir maximale au début de l'automne, avec une circulation soutenue pendant les mois d'automne et d'hiver. La figure 1 montre la variation hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 au Québec chez des patients ayant reçu un diagnostic à l'urgence¹. On constate que le nombre d'hospitalisations a été plus faible de juillet 2024 à juin 2025 que de juillet 2023 à juin 2024. Les différents indicateurs disponibles (hospitalisations, admissions aux soins intensifs, décès) font état d'un nombre de cas graves environ deux fois plus faible en 2024-2025 qu'en 2023-2024. Il faut cependant rappeler que le fardeau de la COVID-19 continue d'être élevé : plus de 2000 hospitalisations causées par la COVID-19 ont été notées entre septembre 2024 et août 2025, majoritairement chez des personnes âgées de 75 ans et plus et des personnes vivant avec une maladie chronique de tout âge (figure 2). Par ailleurs, en date de la rédaction de cet avis, il était trop tôt pour estimer le fardeau de la COVID-19 durant la saison 2025-2026.

¹ Dans le cadre de cet avis, une hospitalisation est considérée causée par la COVID-19 lorsque le diagnostic a été fait à l'urgence.

Figure 1 Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients ayant reçu un diagnostic de COVID-19 à l'urgence, ensemble du Québec (2)

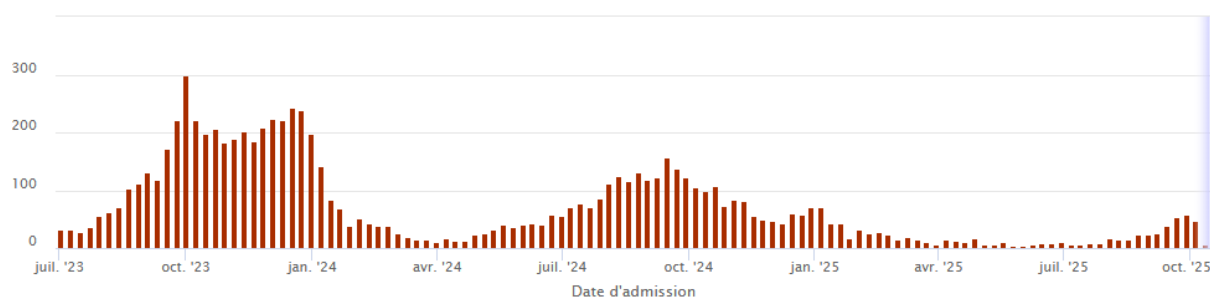
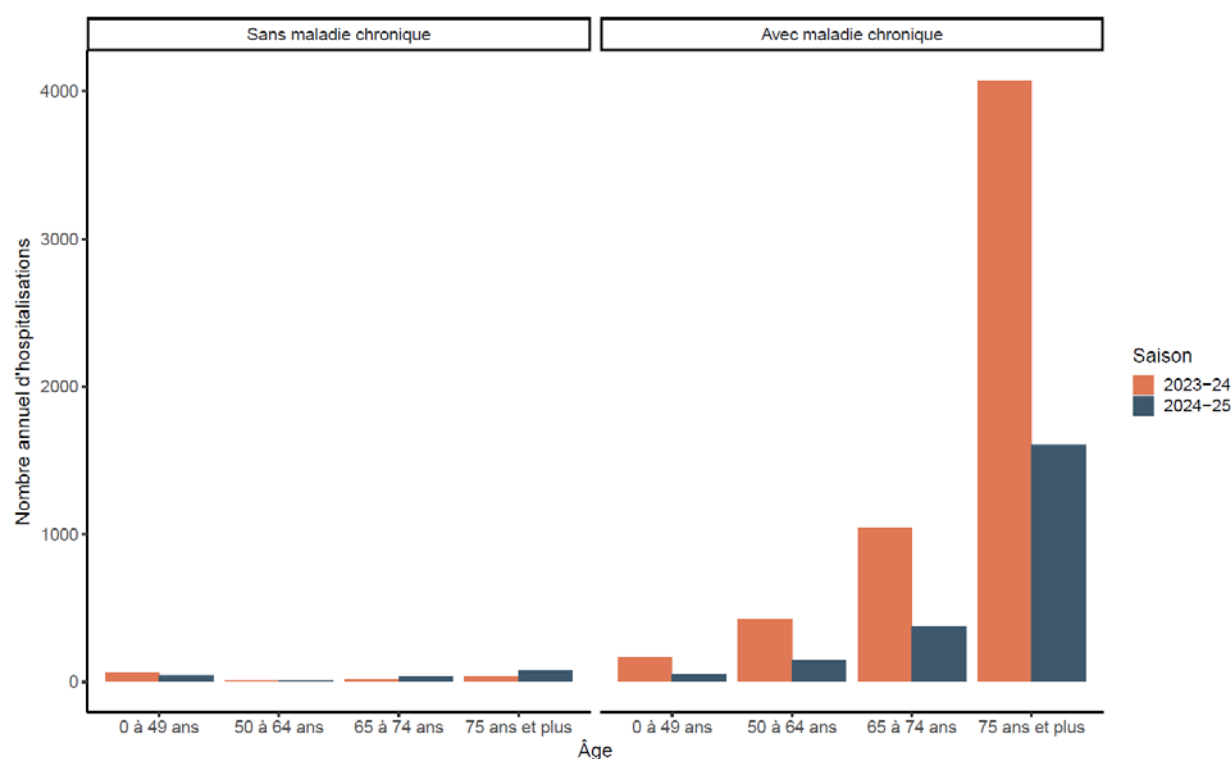


Figure 2 Nombre d'hospitalisations pour COVID-19 par groupe d'âge, par année et selon la présence ou non d'une maladie chronique, ensemble du Québec



EFFICACITÉ VACCINALE

Des vaccins à ARN messager ciblant le variant KP.2 ont été administrés au Québec lors des campagnes de vaccination de l'automne 2024 et du printemps 2025. La saison 2024-25 a été caractérisée par la co-circulation des descendants du variant JN. 1 (KP.3, XEC, LP.8.1), sans aucun remplacement dominant et peu de circulation du variant KP.2 ciblé par le vaccin. Au niveau international, des études aux États-Unis et au Canada ont rapporté des efficacités vaccinales (EV) de 30 % à 50 % contre les consultations ambulatoires ou à l'urgence, avec 4 à 6 mois de temps de suivi (3–6). Alors que l'étude canadienne (3) a décrit une perte de protection avec le temps, soit de 68 % à 27 % sur une période de 6 mois, les études américaines n'ont pas montré de perte importante de protection pendant les 4 à

5 mois de suivi (4,6). L'EV contre l'hospitalisation semblait plus élevée, soit entre 40 % et 60 % (4–6). Des études multicentriques en Europe, où les vaccins ciblant le variant JN.1 ont été principalement administrés, ont rapporté des EV plus élevées contre les consultations ambulatoires (67 %) ou les hospitalisations (60 %) après un suivi de 3-4 mois (7,8). En revanche, en Angleterre, où un vaccin ciblant le variant JN.1 a aussi été administré, l'EV contre une hospitalisation était entre 30 % et 40 %, sans perte de protection pendant les 5 mois de suivi (9).

Des données non publiées du Québec (communication écrite Sara Carazo, INSPQ), couvrant l'ensemble de la saison 2024-25 et basées sur un devis test-négatif, ont rapporté une EV contre les hospitalisations de 34 %, avec une diminution de protection avec le temps (de 43 % dans les deux premiers mois de suivi à une absence d'efficacité 8-9 mois post-vaccination). L'EV était similaire pour la dose d'automne et celle du printemps. Ces données non publiées du Québec montrent des résultats assez semblables à ceux des CDC. Ils sont aussi similaires aux valeurs observées pour la saison 2023-2024. L'EV globale contre l'hospitalisation d'octobre 2023 à août 2024 avait été de 30 % (IC à 95 % : 24 à 35), plus élevée initialement et avec une diminution linéaire de la protection avec le temps.

Des travaux chez des travailleurs et travailleuses de la santé ont aussi été menés au Québec pour évaluer la capacité de doses additionnelles à prévenir un syndrome post-COVID-19 (10). Les personnes avec une infection antérieure au SRAS-CoV-2 et qui avaient été vaccinées au moins deux fois profitaient d'une réduction de 80 % à 90 % du risque de syndrome post-COVID-19 en cas de réinfection par les variants Omicron. Ce pourcentage n'était pas affecté par le nombre de doses reçues, par le variant en cause ou par le temps écoulé depuis la dernière vaccination. Le risque de syndrome post-COVID-19 serait principalement associé à la gravité de la maladie aiguë (11). Le fait de recevoir un rappel du vaccin ne semblait pas apporter de bénéfices supplémentaires aux personnes qui ne présentent pas de facteurs de risque pour faire une COVID-19 grave. Les résultats de ces études, menées chez une population de travailleurs et travailleuses adultes, pourraient ne pas être directement généralisables à d'autres populations, comme les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

COÛT-EFFICACITÉ DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Dans le dernier avis publié en mars 2025, une analyse extensive du coût-efficacité de la vaccination automnale contre la COVID-19 a été effectuée pour le CIQ par le groupe de modélisation du secrétariat du Comité consultatif national de l'immunisation de l'ASPC. La mesure étudiée était l'argent à investir pour chaque année de vie ajustée pour la qualité (QALY) gagnée, ou coût/QALY. L'évaluation a été basée sur le fardeau de la COVID-19 durant la saison 2023-2024. Les scénarios de vaccination qui ont été comparés sont les suivants :

1. Absence de vaccination contre la COVID-19;
2. Vaccination des 75 ans et plus;
3. Vaccination des 75 ans et plus et des adultes avec maladie chronique;
4. Vaccination des 65 ans et plus et des adultes avec maladie chronique;
5. Vaccination des 50 ans et plus et des adultes avec maladie chronique.

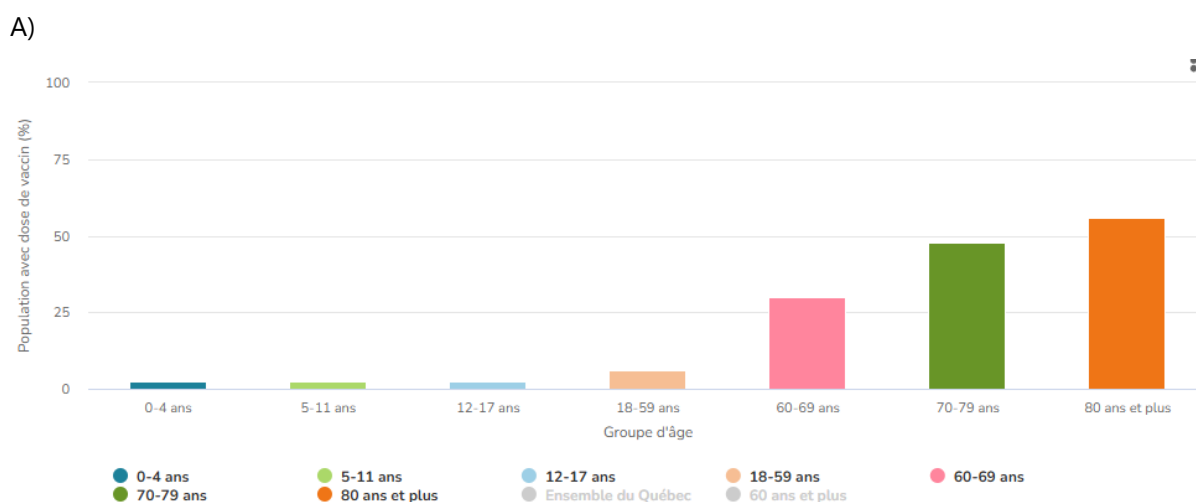
Les résultats de l'évaluation ont montré que la vaccination de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus s'avérait coût-efficace pour un prix par dose de 60 \$, avec un rapport coût-efficacité différentiel (*incremental cost-effectiveness ratio* ou *ICER*) de 4 263 \$/QALY. L'ajout de la vaccination des adultes avec une maladie chronique et âgés de moins de 75 ans s'avérait aussi coût-efficace à un prix par dose de 60 \$ (*ICER* de 44 969 \$/QALY dans le scénario de base).

Mis à part le degré de protection offert par le vaccin, le coût-efficacité de la vaccination contre la COVID-19 peut être influencé par deux principaux facteurs, soit le fardeau de la maladie et le coût du produit. Tel que mentionné précédemment, le fardeau de la maladie était plus faible en 2024-2025 qu'en 2023-2024, année de référence utilisée pour l'analyse économique. En revanche, le coût actuel du vaccin est plus faible que ce qui avait été initialement considéré dans l'analyse économique. En combinant ces deux facteurs, soit un fardeau plus faible de la maladie et un coût plus bas du vaccin, il est raisonnable de penser que les conclusions de l'analyse resteraient inchangées si l'analyse économique était mise à jour. Il est attendu que la vaccination contre la COVID-19 demeure coût-efficace chez les personnes de 75 ans et plus et chez les personnes plus jeunes vivant avec une maladie chronique.

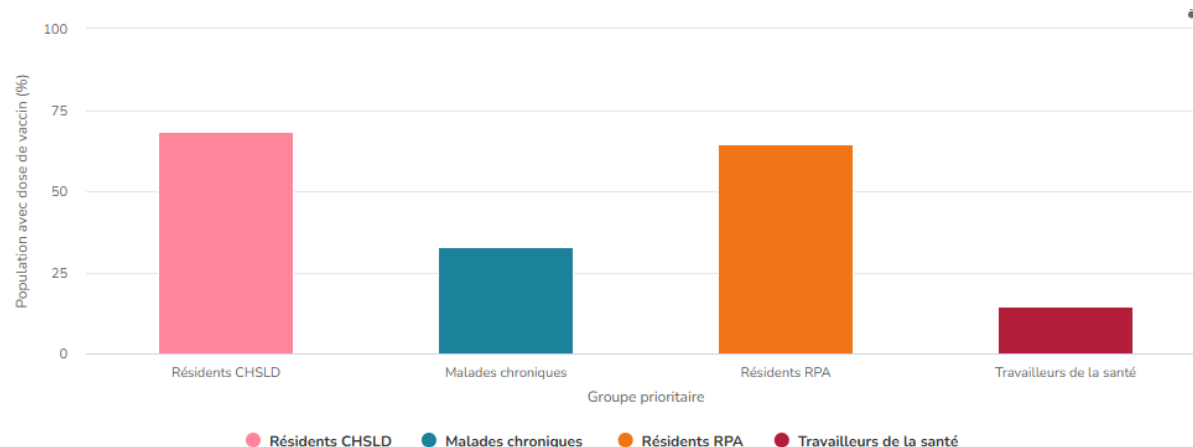
ACCEPTABILITÉ DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La proportion de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 à l'automne-hiver 2024-2025 était semblable à celle observée en 2023-2024. Elle était faible chez les personnes plus jeunes et augmentait progressivement selon l'âge, pour devenir maximale à 55,7 % chez les personnes de 80 ans et plus (figure 3A). En ce qui concerne les groupes prioritaires ciblés, une majorité de personnes vivant en CHSLD ou RPA a reçu une dose, mais une minorité de personnes vivant avec une maladie chronique (32,7 %) et de travailleurs et travailleuses de la santé (14,7 %) en ont reçu une (figure 3B).

Figure 3 Proportion ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 selon A) le groupe d'âge et B) le groupe prioritaire, saison automne-hiver 2024-2025 (2)



B)



Des couvertures vaccinales plus faibles contre la COVID-19 ont été obtenues pour la campagne de vaccination du printemps 2025 (données non présentées). Cette campagne, plus restreinte, ciblait les personnes âgées de 75 ans et plus, celles vivant en CHSLD ou RPA et les personnes immunodéprimées ou dialysées.

Les couvertures vaccinales étaient similaires en utilisant les données des témoins de l'étude d'EV québécoise utilisant un devis test-négatif. Pour la campagne de l'automne 2024, en date du 1^{er} avril 2025, les couvertures vaccinales étaient de 27 %, 40 % et 47 % chez les 60-69 ans, les 70-79 ans et les 80 ans et plus. En date du 23 août 2025, la couverture vaccinale avec au moins une dose reçue durant l'ensemble de la saison 2024-2025 n'avait pas beaucoup augmenté : 37 %, 41 % et 51 % pour les mêmes groupes d'âge.

CONFORMITÉ AVEC LES AUTRES PAYS

En se basant sur les recommandations des années précédentes, il est plausible que le Comité consultatif canadien de l'immunisation (CCNI), dont les recommandations visent les provinces et territoires canadiens, propose la vaccination contre la COVID-19 à l'automne 2026 pour toutes les personnes de 65 ans et plus et pour certains groupes à risque plus élevé de complications. Dans les pays qui proposent une vaccination ciblée contre la COVID-19, une vaccination universelle à partir de l'âge de 65 ans est une politique fréquente (12). Certains pays, notamment le Royaume-Uni, proposent une vaccination seulement à partir de l'âge de 75 ans (13).

RECOMMANDATIONS

Globalement, pour la COVID-19, les caractéristiques de la saison 2024-2025 étaient généralement semblables à celles de la saison précédente. Le fardeau de la COVID-19 apparaissait toujours élevé. Les cas graves se concentraient chez les personnes de 75 ans et plus et chez les personnes plus jeunes vivant avec une maladie chronique. L'efficacité globale de la vaccination contre la COVID-19 au Québec (vaccin KP.2) a été d'environ 30 % pour prévenir les infections graves chez les aînés durant la saison 2024-2025. L'efficacité initiale était supérieure à 30 %, mais une perte graduelle d'efficacité a

été notée sur une période de quelques mois. Au niveau du coût-efficacité, une mise à jour de la modélisation n'a pas été effectuée, mais il apparaît raisonnable de supposer que la vaccination des personnes de 75 ans et plus et de tous les adultes vivant avec une maladie chronique maintienne un profil de coût-efficacité favorable.

Pour la saison 2026-2027, le CIQ émet les mêmes recommandations de vaccination contre la COVID-19 que celles émises pour la saison 2025-2026 :

1. Le CIQ recommande la vaccination contre la COVID-19 pour toutes les personnes de 75 ans et plus et pour les groupes à risque décrits antérieurement (personnes en CHSLD, en RPA ou dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables, personnes immunodéprimées ou avec une maladie chronique, travailleurs et travailleuses de la santé, personnes enceintes et adultes vivant en région éloignée et isolée). Les bénéfices de la vaccination des personnes en bonne santé de 65 à 74 ans sont plus limités et dépendent notamment de son impact potentiel sur la prévention des maladies cardiovasculaires suivant une infection respiratoire. La vaccination pourrait être offerte aux personnes de 65-74 ans en bonne santé qui désirent réduire leur risque de contracter la COVID-19. Le CIQ considère toutefois que les efforts de promotion de la vaccination devraient être concentrés chez les personnes de 75 ans et plus et chez les autres groupes à risque accru de COVID-19 grave, afin d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible chez ceux-ci.
2. Pour la 2^e dose du printemps 2027, le CIQ recommande la vaccination des personnes résidant en CHSLD, en RPA ou dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables, des personnes âgées de 75 ans et plus dans la communauté et des personnes âgées de 6 mois ou plus immunodéprimées ou dialysées. Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, bien que les bénéfices attendus soient plus faibles, une dose de vaccin pourrait leur être offerte, notamment si elles vivent avec une maladie chronique ou si elles vivent dans une région éloignée et isolée.
3. Bien que cet avis scientifique ne porte pas sur la grippe, le CIQ recommande une harmonisation des critères d'âge et des milieux de vie pour la vaccination contre la COVID-19 et contre la grippe, avec une recommandation forte chez les personnes de 75 ans et plus et une offre de vaccination chez les personnes de 65 à 74 ans en bonne santé. Il y a un intérêt à synchroniser la campagne de vaccination contre la COVID-19 avec celle de l'influenza durant l'automne pour augmenter autant que possible les couvertures vaccinales, faciliter l'organisation des services et réduire les coûts d'administration des vaccins.

De futurs travaux sur la vaccination contre la COVID-19 seraient pertinents, notamment concernant la nécessité de cibler l'ensemble des travailleurs et travailleuses de la santé, la nécessité de cibler l'ensemble des personnes enceintes et la nécessité de cibler l'ensemble des adultes provenant de régions éloignées et isolées. Il sera aussi important d'évaluer si les stratégies vaccinales devraient différer ou non chez les personnes ayant eu un diagnostic de syndrome post-COVID-19 dans le passé.

Comme l'épidémiologie de la COVID-19 reste imprévisible, une nouvelle mise à jour des recommandations de vaccination sera publiée en amont de la saison 2027-2028. Les recommandations pourraient être modifiées plus rapidement, si nécessaire, si des changements importants dans l'épidémiologie de la COVID-19 ou dans nos connaissances sur la maladie et les vaccins sont notés.

RÉFÉRENCES

1. Comité sur l'immunisation du Québec, Brousseau N, Gilca R, Racine É, De Wals P, Carazo S, *et al.* Vaccination contre la COVID-19 et la grippe pour la saison 2025-2026 : avis scientifique [Internet]. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2025 p. 77. Report No. : 3640. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3640>
2. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. Québec; Données de vaccination contre la COVID-19 au Québec. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/vaccination>
3. Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, Kaweski SE, Carazo S, Olsha R, *et al.* Effectiveness of 2024/25 KP.2 vaccine against outpatient COVID-19 in Canada. medRxiv. 1^{er} janv. 2025;2025.09.05.25335203.
4. Du Y, Paritala S, Xu Y, Maloney P, Lin DY. Durability of 2024-2025 COVID-19 vaccines against JN.1 subvariants. JAMA Intern Med. 1^{er} déc. 2025;185(12):1501-4.
5. Cai M, Xie Y, Al-Aly Z. Association of 2024-2025 Covid-19 vaccine with Covid-19 outcomes in U.S. Veterans. N Engl J Med. 23 oct. 2025;393(16):1612-23.
6. Link-Gelles R, Chickery S, Webber A, Ong TC, Rowley EAK, DeSilva MB, *et al.* Interim estimates of 2024-2025 COVID-19 vaccine effectiveness among adults aged ≥18 Years - VISION and IVY Networks, September 2024-January 2025. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 27 févr. 2025;74(6):73-82.
7. Laniece Delaunay C, Verdasca N, Monge S, Domegan L, Sève N, Buda S, *et al.* COVID-19 vaccine effectiveness against medically attended symptomatic SARS-CoV-2 infection among target groups in Europe, October 2024-January 2025, VEBIS Primary Care Network. Influenza Other Respir Viruses. Mai 2025;19 (5):e70120.
8. Humphreys J, Blake A, Nicolay N, Braeye T, Van Evercooren I, Hansen CH, *et al.* Effectiveness of JN.1 monovalent COVID-19 vaccination in EU/EEA countries between October 2024 and January 2025 : a VEBIS electronic health record network study. Vaccine. 3 oct. 2025;64:127752.
9. Abdul Aziz N, Kirsebom FCM, Allen A, Andrews N. Effectiveness of spring 2024 (XBB.1.5) and autumn 2024 (JN.1) COVID-19 vaccination against hospitalisation in England. Vaccine. 20 nov. 2025;67:127870.
10. Carazo S, Phimmasone J, Skowronski DM, Giguère K, Ouakki M, Talbot D, *et al.* Effectiveness of COVID-19 vaccination and prior infections to reduce long COVID risk during the pre-Omicron and Omicron periods. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 29 sept. 2025;ciaf549.
11. Carazo S, Ouakki M, Nicolakakis N, Falcone EL, Skowronski DM, Durand MJ, *et al.* Long COVID risk and severity after COVID-19 infections and reinfections : a retrospective cohort study among healthcare workers. Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis. Oct. 2025;159:108012.
12. Department of Health & Social Care. Gov.UK. Independent report - JCVI statement on the COVID-19 vaccination programme for autumn 2024, 8 avril 2024. Disponible : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-autumn-2024-vaccination-programme-jcvi-advice-8-april-2024/jcvi-statement-on-the-covid-19-vaccination-programme-for-autumn-2024-8-april-2024>
13. Department of Health & Social Care. Gov.UK. Independent report - JCVI statement on COVID-19 vaccination in 2025 and spring 2026, Updated 14 November 2024. Disponible : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-in-2025-and-spring-2026-jcvi-advice/jcvi-statement-on-covid-19-vaccination-in-2025-and-spring-2026>

Comité sur l'immunisation du Québec

MEMBRES RÉGULIERS

Nicholas Brousseau, médecin-conseil
Chantal Sauvageau, médecin-conseil
Philippe De Wals, médecin-conseil
Rodica Gilca, médecin-conseil
Étienne Racine, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Michaël Desjardins, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marilou Kiely, chercheuse associée à l'Institut national de santé publique du Québec, professeure adjointe
Département de médecine sociale et préventive - Faculté de médecine
Université Laval

Louis Marois, pédiatre immuno-allergologue
Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec - Université Laval

Jesse Papenburg, pédiatre microbiologiste-infectiologue
Centre universitaire de santé Mc Gill

Julie Bestman-Smith, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

Anne Tilmanne, pédiatre infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES LIAISON

Dominique Biron
Représentante de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Ngoc Yen Giang Bui
Représentante du Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs

Omobola Sobanjo
Représentante des Directeurs de santé publique

Marianne Picard-Masson
Représentante de l'équipe d'expertise, d'évaluation et de soutien à la gestion de risque en santé au travail

Geneviève Pelletier
Représentant de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires

Catherine Guimond
Représentante du Groupe sur l'acte vaccinal

Annie Payette
Martine Leblanc-Constant
Représentantes de la Direction des opérations de santé publique, Santé Québec
Santé Québec

Lina Perron
Eveline Toth
Représentantes de la Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Brigitte Paquette, cheffe d'unité scientifique
Patricia Hudson, directrice scientifique
Direction des risques biologiques
Maude Paquette
Représentante du Laboratoire de santé publique du Québec

Institut national de santé publique du Québec

Vaccination contre la COVID-19 pour la saison 2026-2027

AUTEURS ET AUTRICES

Comité sur l'immunisation du Québec

Nicholas Brousseau, médecin-conseil

Chantal Sauvageau, médecin-conseil

Étienne Racine, médecin-conseil

Rodica Gilca, médecin-conseil

Sara Carazo, conseillère scientifique spécialisée

Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Laurence Pothier, conseillère en soins infirmiers

Brigitte Paquette, cheffe d'unité scientifique Direction des
risques biologiques

COLLABORATION

Auréli Maheux-Dubuc, conseillère scientifique

Secrétariat général

RÉVISION

Marie-Ève Beauregard, médecin spécialiste en santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de
Chaudière-Appalaches

Claire Élise Burdet, médecin-conseil en maladies évitables par
la vaccination

Régie régionale de la santé et des services sociaux du
Nunavik

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à
apporter des commentaires sur la version préfinale, et en
conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs et autrices ainsi que les membres du comité
scientifique et les personnes qui ont révisé le document ont
dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune
situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou
potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative

Direction du développement des individus et des communautés

Marie-France Richard, adjointe administrative

Direction des risques biologiques

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont
autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur.*

*Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du
gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de
propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut
être obtenue ou en écrivant un courriel à :*

droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à
condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-03849-3 (PDF)

DOI : <https://doi.org/10.64490/NQKH9457>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3828